

精神保健医療福祉システムにおける援助専門職の課題

— 一次社会における協働と多様性をめぐる臨床倫理 —

緒 方 由 紀

〔抄 録〕

歴史的かつ社会的課題の中で成立・発展してきた社会福祉専門職は、これからの社会システムにおいてどのような社会的要請を受けることになるのか。本論の目的は、そうした専門職が社会的存在として、求められる地域での協働的アプローチをすすめるうえでの臨床倫理について論考することである。

社会福祉専門職のグローバル定義では「ソーシャルワークは社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する実践に基づいた専門職であり学問」とされ「社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす」と明示されている。複雑化、重層化する社会問題、そのなかで顕在化されにくい個々の生活上の困難に対し、ソーシャルワークに突きつけられている課題の一つは、当然ながら社会福祉だけで問題が解決しないという臨床的現実にある。だからこそ専門職サイドには、当事者、市民を含む多様な人々の登場を前提とする協働の場面をつくりだすことが方法として求められることになる。現実には、援助の始まりからその後のプロセスをとおして、複数の領域の専門職がかかわっている。それは「人が生きる」物語のプロセスにおける関係論としてどの部分を担っているのかを意識せずとも、制度で規定されたサービスに急ぎつなぐことが要求されるという現実的課題がある。

いまひとつは、当事者の位置づけについての課題がある。社会福祉援助プロセスにおいて当事者の登場は、本人と専門職との関係性において、さらには実際の仕事の上でも大きな変更をきたしてきた。地域には潜在的利用者を含め、サービスを必要とする人たちが多く存在する。本人の意思決定や同意能力とかかわり、広く権利に対する配慮は、専門職のありように欠かすことはできないが、それは組織・団体においても機能することが求められている。ならば多職種が多様な当事者の存在を受けとめるだけではなく、内在化していくための価値や倫理とは何であるのか。従来の当事者参加による専門職との共同作業という援助プロセスの文脈からではなく、専門職が当事者

の「生きる」時間に如何に参画するかという臨床的枠組みの見直しが必要である。そこで最近注目されている欧州のEUCOMのコンセンサス・ペーパーでの基本原則をとりあげ、次世代のケアシステムの構築において、それぞれの専門知を発揮しつつも、臨床倫理が共有の概念であることを提示した。当事者本人が自身の人生においてリカバリーとその権利を見据えて議論が行われること、そしてその延長線上に、それぞれ専門職の臨床的役割と倫理を位置づけることの必要性を論じた。今後、実践の基盤となる地域の協働、生活を支える哲学の構築が一層求められる

キーワード：社会福祉援助専門職，協働的アプローチ，臨床倫理，EUCOMS

はじめに

筆者らはこれまでわが国における度重なる法制度変更のなかで、新しい精神保健医療福祉システム要素の変更と軸移動について焦点化し、その後の社会構成について検討を行ってきた。そのなかで、市民生活を基盤に、行政、市民、当事者、援助専門職が、目指すべき社会の中でどのような役割を担うのが常に問われていることを確認してきた（岡村2020他）。2000年代以降、精神科医療サービスや地域ケアに対する法制度改革、さらに障害者支援の展開や運用における当事者の位置づけなどを巡り、国際的にも国内的にも大きな転換期を迎えてきた。近代社会の成立以後精神科医療機関への入院と専門職判断を中心とするシステムは、国や地域における違いはあるものの限界を迎え、脱制度化以後の次なる社会が模索され、多くの試みが始まっている。それは単に「医療」「地域」「雇用」「市民社会」といった個別の問題でなく、ひとつの社会システム、それぞれつながりの中での領域と位置づけ、社会のもつ全体性との関連も含めて、歴史的かつ国際的な検討が必要であることを提示してきた（岡村2020）。

そうした時代認識を引き継ぎ、本稿では次世代のシステム形成にかかるソーシャルワークの貢献、ならびにその担い手である行政、市民、当事者、援助専門職の社会的役割、これらを問題意識として議論をすすめていく。もちろん両者の議論は強くジョイントするものであり、続けてその後の選択される社会とは、法制度のありようとともにより、原理や価値・規範、また文化を必要とするものである。

例えば、日本においてこれまで福祉専門領域とかかわって、精神障害者のケアに関しては病院から保健所、そして地域へと領域を拡大しつつ、法的な専門職化を経て今日に至っている。そのなかで専門職は、何らかの社会的困難な状況を抱えるクライアントを前に、人と状況の全体、関連性を踏まえ、個と環境との相互作用に介入する。社会福祉援助は、その一連のプロセスにおいてクライアント本人の参加を前提としながら行う共同作業と位置付けられる。さらに、

社会福祉を目的実現のためのつながりのある一連の実態ある過程とみれば、それは社会機能の具現化としての「社会および人」に対する装置と人と、その運用システムとして整理可能であろう。もちろん社会情勢や政治の影響を十分に受け、日本においても1990年代以降、度重なる制度改革の中での生活の変容は、福祉システムにおいてもかなりの影響を受けてきた。それは日常的な援助専門職の仕事にも立ち現われている。

福祉の援助専門職の「仕事」は、制度政策と実践、どちらにもかかわり人々の生活を視座に据え、個人や集団、地域社会の変化にこれまでどのように寄与してきたのか。同時に仕事の苦悩、とまどいといったものが、どのように業務の課題として出現しているのだろうか。例えば、イアン・ファergusン(2012)は、イギリスの新自由主義の台頭の結果である民営化と規制緩和はコミュニティケアを進展させ、専門職の力をそぐための『選択』と『利用者エンパワメント』概念を取り入れた、攻撃的な消費者主義と表現している。そうしてソーシャルワークの現代化の様相は、マネジメント主義、ニーズ主導のアセスメント、根拠ある実践等のレトリックのもと価値中立的、技術的なものが求められることになる。

日本においても、個々に細分化された援助の方法が制度に位置づけられ、社会資源はパッケージ化され、多職種連携業務にとってかわった。専門職にとってのこうした現実、支援プロセスにおける利用者やクライアントの全体性をどのように把握するかといった視座を問うものであり、加えて領域分化のなかで臨床を行っていることにも注視すべきであろう。価値や知識、技術の総体であるソーシャルワークにおいて、価値はその根幹であり、社会福祉を支えるものである(パートレット2009)。しかしながら社会福祉実践もまた科学的、客観的アプローチが求められていくなかで、ソーシャルワークの価値や思想についての議論を困難にしている現実があると言える。

ならば、さまざまな価値観が交差する現代社会において、社会福祉援助専門職であるソーシャルワーカーはいかなる世界観や人間観に立脚すべきか。ソーシャルワークを現代社会の一部として再定位するサラ・バンクス(2016)の指摘や、現在の社会福祉の在りように関して藤井美和(2018)は、社会福祉実践の拠り所である価値の必要性を改めて問い直すことを提案している。

こうした現代のソーシャルワークのありようを先行研究に学び、実践においては福祉の固有性を確認しつつ、他領域との共通的理解としての臨床倫理が必要になってきていると考えられる。臨床倫理はクライアントの人格を尊重し、その尊厳に配慮することを目的とする学問領域であり、医療を中心に発展してきた。地域包括ケアが提唱されている現在、患者・クライアントの価値観や人生観の尊重、本人のQOLの向上やwell-beingに寄与することが医療をはじめ介護、福祉の実践においても求められている。箕岡(2019)は終末期医療における倫理の熟慮・発展プロセスの産物としてアドバンストケアプランニングを位置づけ、倫理コンサルテーションとともに倫理的ジレンマを解決する手段として概念整理を行っている。多職種参加による倫

理臨床の方法論への注目としては、コンサルタント型で合意形成をめざす手法とは異なり、ケースのより深い理解を目指すオランダで開発されたMCD（moral case deliberation）などがあげられる（服部2017他）。

そこで、本稿では臨床場面における具体的な現状の把握のために、ひとつは、多職種連携を基本とする地域包括ケアシステムの構築についてとりあげ、現在の施策動向と実践上の課題を検討すると同時に、当事者・クライアントの権利と情報をめぐる現状を示す。続いて精神保健福祉士の業務指針に基づき、分野ごとの整理を行う。そして広く専門職のもつジレンマや矛盾点を明らかにし今後の展開として専門知を支え、それぞれの領域をつなぐ臨床倫理の側面に注目する。EUCOMS Networkによる「質の高い地域精神保健サービス提供のための欧州パートナーシップ」のコンセンサス・ペーパーを紹介し、社会福祉専門職の社会的発言と状況の記述・翻訳のもつ意義について、提案を行う。

1 施策としての地域包括ケアシステムの構築と当事者の意思決定

本章では、地域を基盤とする施策事業の推進が求められる現状と、当事者の意思に関する近年の動きについて概観する。

（1）地域包括ケアシステムと多職種連携

2004（平成16）年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により精神保健福祉施策は「入院医療中心から地域生活中心へ」と国の理念が示され、それ以後展開されるようになったのが精神障害者の地域移行支援、地域生活支援に関する施策である。さらに2017（平成29）年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会（以下、あり方検討会）」報告書では、精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが掲げられた。そして、都道府県等自治体に対する補助事業（構築推進事業）と都道府県等自治体の取り組みを支援する委託事業（構築支援事業）の二つの予算事業を実施することにより、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みが進められている。当該ケアシステムの構築については、第5期障害福祉計画等にかかる国の基本指針のなかで、2020年度末までにすべての障害保健福祉圏域・各市町村での保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を成果目標としているほか、第7次医療計画における「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」も連携できるよう進められている。このように「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、障害保健福祉圏域ごとに精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制が形成

されることが必要となる。

同時に上記2017年にまとめられた「あり方検討会」報告書のなかで、もうひとつの議論の柱となっていたのが、措置入院の適切な運用や措置入院者の退院後の医療等の継続支援である。2018(平成30)年3月には、厚生労働省から「措置入院の運用に関するガイドライン」および「地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドラン」が発出されている。これは2017年2月相模原市で起きた障害者施設殺傷事件を受け、措置入院のあり方を見直すことを盛り込んだ精神保健福祉法改正案が廃案となった結果、通知の形式に変更されたものである。

現行の精神障害者の地域包括ケアシステムは、各自治体での支援体制の計画的推進を求めるものであると同時に、措置入院の入口と出口のリスク対応としての地域精神保健の管理体制強化の側面をもちあわせている。医療計画および地域包括ケアシステムにおいて、専門対応リソースとしての精神科プレ・ホスピタルケアの位置付け(塚本2019)等は、精神障害者の地域生活支援を推進することを期待する。しかし河本他(2020)の32条通報調査でも示されているように、上記ガイドラインを運用するうえでの責任を担う行政職員の人的資源の不足、他機関連携体制の未確立、何より通報対象者の多様化などの実際の課題は多い。

さらに藤井千代(2018)が記述するように、近年、障害者支援の理念は、障害者を「保護すべき対象」ととらえたかつての考え方から、いかにして障害者を個人として尊重し、共生社会を実現していくかという考え方に大きくシフトし、障害があっても地域でその人らしい暮らしをするという、まさにパーソナル・リカバリーを目指すための支援の提供が求められている。障害者総合支援法は、この理念の変化を反映したものとして、施行3年後の見直しで「地域生活拠点」の整備や「自立生活援助」の開始など、地域生活を支援するサービスがさらに強化された、リカバリーを支えるうえで重要な「就労定着支援」が創設された。一方危惧されるのは、医療と福祉の協働のあり方である。統合失調症の人の場合など、精神科医療の継続が必要であるにもかかわらず、医療機関におけるケースマネジメントが診療報酬外であるという課題が存在する。

このように多職種連携とは福祉、保健医療、警察、行政といった職種が多岐にわたるだけでなく、事例にかかわる職種とその対応は場面ごと、制度ごとに異なることから、対象者、当事者のとらえられ方に違いが生じる。しかし、当事者本人からすると、専門職からみて何者であるにせよ、自分の人生を送らなければならない。ひとりの市民として地域であたりまえの生活の維持が困難になっている状況の中で、専門職は登場する。そのとき専門職側は、対象者・当事者と共同作業を行うという援助プロセスの文脈と援助関係論のなかで当然事態を把握し対応するのであるが、裏を返せば本人の生きる物語のプロセスに部分的に参加しているに過ぎないということでもあるのではないであろうか。例えば、本人の受療や治療、そしてリカバリーにいたるプロセスにおいて、本人からの意思表示や、異議申し立てがなされることに対して、従来の対人援助関係論のなかでは、自己決定の尊重や権利擁護の必要性として説明がなされてき

た。しかし、一市民の訴えと状況を認識するならば、専門職の対象者に対する枠組みとしての説明だけでは十分とは言えない。それは複数の専門職がひとりの個人にかかわるなかにおいて、より援助・支援サイドの説明責任、行為の妥当性について問われることになる。

（2）リカバリーと意思決定

ここでは、援助対象者としての側面だけでなく、当事者・本人の主張が市民の声として社会の中でどのように認識されるようになっていくのか現状について整理を試みる。

精神科臨床において先述のとおり、近年、客観的な回復のみならずパーソナル・リカバリーに注目が集まっている。パーソナル・リカバリーとは、障害によるさまざまな制限を持ちながらも希望を実現し、満足できる生活を送ることを意味し、主として当事者の語りから導き出された概念である。パーソナル・リカバリーを志向した治療・支援の提供にあたっては、治療者によるパターンリスティックな方針決定ではなく、当事者と治療者による双方向性の治療方針を決定する共同意思決定（shared decision making：SDM）、すなわち本人の希望や価値観、主体性を尊重したかわりが重要であることを藤井千代（2018）は述べている。

近年の意思決定支援の考えは、2014年に批准された障害者権利条約の観点からも重要である。しかし、障害者総合支援法等で利用者の意思決定の方法に配慮し、利用者の意向、適性、障害特性に応じたサービスを提供することを「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（平成29年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」において示しているものの、意思決定を支援すべき場面やその方法について明確に定められているわけではない。海外では、例えば英国のMental Capacity Actなどは、本人のbest interestを尊重した意思決定支援のプロセスの評価を含め、意思決定支援のあり方が詳細に定められている。国際的な潮流とリカバリー支援の観点からも、今後日本においても、意思決定支援に関する法整備を進める必要がある。

「障害者の権利に関する条約」においては、最も重要な基本原則として個人の自律の尊重が掲げられ、締結国には障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用するための適当な措置をとることが求められている。これは障害のある誰もが自ら意思決定することができるよう、必要な支援を可能な限りつくすという意思決定支援原則を規定したものであり、このような国際的な要請もある中で、精神障害者の意思表示の支援や、意思決定支援のあり方の具体的な議論がさらになされるべきであろう。

一方で、実際の臨床の間では本人の意向に基づかない治療決定がなされる場合がある。令和2年4月の民法改正により、意思能力を欠く状態でなされた意思表示に基づく法律行為は無効である（3条の2）。医療は一種の契約行為であり、治療同意判断能力を軸として、医療倫理の観点から多く検討がなされている（松長、藤井2020、西川2020、井藤2020、瀧本2020他）。医療倫理における自律尊重原則の点からは、同意判断能力が十分である限り本人の意思は尊重

されるべきであり、同意判断能力が減弱していると判断された場合は、まずその能力を発揮できるような支援を行うべきであると考えられる。一方、可能な限りの支援をもってしても同意判断能力が不十分であり、かつ決定事項が本人に大きな不利益をもたらしかねない場合には、善行、無危害といった医療倫理の他の原則の観点より、不利益からの本人の保護のために他者による意思決定なども考慮すべきとされる(松長、藤井2020)。本人にとっての利益の保護の拡大解釈により、自己決定の行使の制限が際限なく行われることがあってはならない。それを防ぐための方策として、同意判断能力評価とそれに基づく意思決定支援のありかたを検討すること(松長、藤井2020)があげられる。今後、議論をより深めるとともに、精神科医療の場だけにとどまらない意思決定支援や、代行判断に関する法的な整備が期待される。適切な支援により十分な同意判断能力がのぞめるとするならば、本人が意思決定できるような支援を行わなければならないはずである。本人以外による意思決定が認められるのは、その条件が明らかで、きわめて例外的かつ限定的なものとして位置付けられる必要があるといえよう。まさに意思決定支援の意義はそこにある。

(3) 当事者の情報と人権

自分の情報の取り扱いについての検討も必要である。個人情報の保護がますます重要性を増しているが、遡ると1988(昭和63)年に行政機関電算機個人情報保護法、そして2003(平成15)年に行政機関個人情報保護法及び独立行政法人等個人情報保護法が制定され、地方公共団体にあっては、現在すべての都道府県・市町村で個人情報保護条例が制定されている(民間部門は2003(平成15)年に個人情報保護法が制定されている)⁽¹⁾。行政保護法は、「当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人識別することができるもの」(2条2項)として、「個人識別型情報」を個人情報と定義されている。ここでは、個人情報の内容、性質や使途目的等を問わずまた、プライバシー侵害のおそれがあるか否かを問わず、識別可能な個人情報を保護するという考え方に立っている。行政上の個人情報保護法制は、個人情報の適正な収集・管理・利用・提供を行政機関や実施機関に義務づけることによって、国民や住民の人格権やプライバシー権を保護し、本人に自己情報をコントロールする権利を保障することにある。

精神科医療において、措置入院と本人開示請求にかかる判例に横浜地判平成8年3月25日(保有個人情報一部不開示処分取消請求事件：棄却)⁽²⁾がある。精神科医療における情報のやり取りについて、従来医師に刑法上課せられている守秘義務との関係、医療関係職種の守秘義務の問題、個人情報保護法との関係における配慮と、課題は複雑に絡み合っている。2017年施行の改正個人情報保護法においては、個人識別符号が含まれるものも個人情報にあたることが明文化され(個人情報保護法2条1項2号)、患者の病気に関する情報が、より慎重な扱いを要する「要配慮個人情報」として特別措置も定められるようになった。柑本(2018)は、チーム医

療のなかでの医療情報提供が、個人情報保護の第三者提供⁽³⁾に該当し、法令に規定されている狭い例外事由に該当しなければ違法とされ、不法行為を問われることになりかねないと指摘する。そのうえで、個人の権利利益の保護を念頭に置きつつも、患者へのよりよい医療提供のための「社会的合理性のある理由」のもとでの取り扱いの検討（柑本2018）を提案している。

他方、精神科医療における国や自治体の情報公開活動が進展していない現状について報告がなされている⁽⁴⁾。このことは、人権擁護のチェック体制の遅れにもつながることを言い換えている。入谷（2018）は、精神医療審査会が第三者機関としての機能について、「精神医療審査会委員の出席者数に関する法令要件を満たさずに開催されたケースが2011年度以降の6年間に、2道県と4政令市であり、少なくとも2万5千件が、開催要件を満たさず審査された」といくつかの報道を紹介し、法に定められた検証制度が十分機能していないとすれば、国としての姿勢が問われ国連から厳しく指摘されている人権擁護も担保できないこと、行政で人権擁護も含めた非自発入院の妥当性を検証する体制となっていない問題点を指摘している。

このように情報にまつわる法制度が整備変更されつつも、臨床の場面では運用において課題があることが確認できる。専門職間で通常共有されるべき情報であっても、医療提供を妨げる事態を引き起こすことも危惧されるなか、配慮されるべきものは何であり、同意とは何なのか（中島2016他）。擁護や保護としてだけでなく、権利の主体としてどのように当事者との関係性をとらえていくべきなのか、専門職が受け止めなければならないテーマであろう。

2 精神保健福祉領域における専門職と専門知

（1）精神保健福祉士業務指針にみる専門知

1997年に国家資格化されてから今日まで、精神保健福祉士はさまざまな社会的ニーズに対応すべく福祉専門職として、そして日本精神保健福祉士協会は、ソーシャルアクションを担う職能団体としても実践活動を行ってきた。本章では、現行の精神保健福祉士の業務指針をとおして対象との関係、業務上生じるであろうジレンマを整理する⁽⁵⁾。

前章でとりあげた「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築と同様、精神科医療改革の流れもまた、「地域移行」と「病床機能分化」を推進するものである。これらは長期入院の是正を図り、医療の質の向上を目指して利用者の地域生活を保障するうえで必要な改革である。そして、診療報酬の特定入院料である「精神科救急入院料」「地域移行機能強化病棟入院料」の施設基準に精神保健福祉士が必置となり、「精神科急性期治療病棟入院料」でも精神保健福祉士の配置が規定されていることから、早期退院に向けた精神保健福祉士の活躍が期待されていることがわかる。また、入院中心の病院完結型医療から地域完結型医療への転換は、地域における医療機関間の連携を後押ししている。その機能を担う地域連携部門に精神保健福祉士が多く配置されていることは、精神保健福祉士がこれまで積み重ねてきた地域におけ

る多機関連携やネットワークの形成といったはたらきが評価された結果ともいえる。さらに2013(平成25)年の精神保健福祉法改正で新設された退院後生活環境相談員は、精神保健福祉士がその中心的役割を担うことが期待され、地域の相談支援事業所と連携した地域移行の推進が求められている。

1985年、日本PSW協会は「PSW業務指針と業務内容の標準化の構築」のため業務検討委員会を設置し、継続的に業務統計調査を実施してきた。調査実施当初は医療分野の精神科ソーシャルワーカーが多く、東京都衛生局病院管理部業務検討委員会作成の「MSW・PSW業務分類表」に一部修正を加えた業務分類にしたがって調査を行った。この業務統計調査と並行して1988(昭和63)年に、業務検討委員会は「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を提示し、1989年度総会において採択された。1997年に精神科ソーシャルワーカーは精神保健福祉士として国家資格化されたことに伴い、日本PSW協会は、1999年に「日本精神保健福祉士協会」と名称変更し、2004年には「社団法人日本精神保健福祉士協会」に改組、2013年には「公益社団法人日本精神保健福祉士協会」へと移行した。この間、業務検討委員会は2001年に全国の精神保健福祉士業務統計調査を実施し、2004年に「日本精神保健福祉士協会会員に関する業務統計調査報告(平成13年10月全国調査)」を発行した。この報告書において、先の「精神科ソーシャルワーカー業務指針」は医療機関の業務を中心に作成されたものであるため、職域の広がりや精神保健福祉士の実態に即した業務指針の見直しが必要であることが提示され、2008年3月に「精神保健福祉士業務分類及び業務指針作成に関する報告書」をまとめ、新しい業務指針のたたき台とされ、2009年に発足した「精神保健福祉士業務指針」作成委員会に引き継がれた。2010年度本協会総会にて「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第1版」(以下、第1版)が採択された。以後「精神保健福祉士業務指針」と業務実態調査とが連動しつつ、精神保健福祉士業務の質の向上と実態を踏まえた指針として2020年第3版が出された。以下最新版で取り上げられている業務内容に基づき検討を行う。

(2) 医療、地域、行政における役割と業務

① 医療分野における役割と業務

医療分野における専門職の役割とは、すべての人に等しく医療を受ける権利が保障され、その人にとってよりよい生活を送れるよう必要な支援を提供することである。

《医療分野における業務例》

- i 家族からの受診相談、ii 精神科における外来相談、iii 精神科における入院時支援、
- iv 精神科救急病棟における退院調整、v 社会的な長期入院者の地域移行支援、
- vi 精神科デイケアを通じた支援、vii 単身生活者へのアウトリーチ支援
- viii 危機介入による支援、ix チームアプローチによる支援、x 医療観察法入院者への退院支援、
- xi 行動制限にかかわる対応、xii 若年性認知症を発症した方への支援

xiii精神保健福祉の普及啓発の取り組み, xiv病院運営への参画

周知のとおり精神保健福祉士はクライアントのこれまでの生活や家族関係、経済的、職業的、教育的、文化的、宗教的背景などさまざまな心理社会的側面に焦点を当て、人と環境の全体関連性の視点から多面的にクライアントを理解し支援していく。日常生活および社会生活を切り口に支援を展開していくことでもあり、生活者の視点から支援を行うには、他職種や地域援助事業者との協働が求められる。医療機関は、医師、看護師など医療職を中心とした専門職集団であり、医療の遂行を第一義とする場である。そうしたなか社会福祉学を学問的基礎とする精神保健福祉士の存在理由として①疾病と障害が併存するという特性をもつクライアントに対し、医療的な側面からのアプローチだけでは、的確なアセスメントに基づく適切な医療は提供できない。②医療の究極の目標でもある「健康」は、身体的かつ精神的、社会的にもすべてが満たされた状態であることから、クライアントを多面的に捉えた医療サービスの提供が不可欠となると説明される。

多職種によるチームアプローチの有用性が認識されており、精神保健福祉士は自らの専門性を言語化し、医療機関におけるソーシャルワークの価値を高めるとともに、多職種チームの一員として、適切な医療サービスを提供できるよう力を尽くす必要がある。「人の生活は医療のかかわりのみでは完結しえない」ことを肝に銘じ業務にあたる必要があると指針では触れられている。医療機関における業務は、相談室や病棟における相談支援、デイケアをはじめとするリハビリテーションプログラム、地域医療連携、訪問支援など幅広く、多くは法制化され、診療報酬に反映されるようになってきている現状は、これまでの精神保健福祉士の取り組みが評価された結果でもある一方で、いまだ制度化されていない業務については、所属機関の裁量に委ねられること、地域や機関ごとに相違もみられる。

精神保健福祉士は、自分の所属する組織や地域の特性を知り、福祉職としての視点を生かしていくこと、また、所属機関が掲げる理念や機関の機能を十分理解したうえで、クライアントの権利を護り、その利益を優先することが求められる。そして、所属機関の機能とクライアントの利益の間にズレが存在する場合には、業務を通して現状を変えていくことが本指針では記述されている。こうした医療機関での業務における必要な視点が示されている一方、ジレンマを感じる場面も当然存在する。精神医療における非自発的入院や、行動制限（隔離、身体拘束等）による処遇の場面に際し、精神保健福祉士がそれらに関する業務を行う場合には、「より人権意識を高くもち、どうすればクライアントの権利を擁護し、その権利の行使を支援していくことができるのか考え続けなければならない」とし、まずはクライアントに対して十分な説明を行い、クライアントが希望する医療が提供できるように努めることを求める。そして、非自発的入院に至った際も、「非自発的な入院と強制的な治療は同義ではない」という認識もちええているかどうか、入院後もクライアントの意思を確認しながら、かかわりをもち続ける姿

勢が大切になる。また、クライアントが治療に対して不服がある場合には、クライアントの話を真摯に受け止め、退院請求や処遇改善請求などのクライアントが有する権利を保障することにも必要になる。こうした精神医療の特色を踏まえ、精神保健福祉士は、常に人権に関する感覚を意識し研ぎ澄まししながら、業務を遂行することが求められる。また、医療機関が地域との接点をいかにもつのか、「地域に開かれた医療」「地域のなかの医療機関」という視点はもちろん、精神障害への差別や偏見を是正する取り組みも医療側からのアプローチも必要である。さらに、予防的観点から地域住民のメンタルヘルスの保持・増進にも貢献することが求められている。

② 地域分野における役割と業務

地域分野の役割の共通点は、クライアント一人ひとりの社会的復権を目指して地域に存在する社会的障壁の除去に取り組み、クライアントと地域全体のエンパワメントを促進することにある。本業務指針によると『『地域』という言葉が『病院から地域へ』という、当事者、家族、関係者の長きにわたる共通の思いを象徴している』。まさに精神衛生法の時代から全国の地域の関係者は、家族会や作業所、共同住居など地域の拠点をつくり、ボランティアな運動を展開してきた。また、各地で精神科ソーシャルワーカー、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者らとともに社会資源をつくりだしてきた。それらの活動の根底には、精神障害者も地域で当たり前で暮らせる社会をつくるという改革の意識があり、原動力となっていた。地域での業務の多くが制度化された現在においても、精神保健福祉士の業務がこうした地域活動の積み重ねであることに変わりはない。

《地域分野における業務例》

- i 地域生活における相談支援、ii 地域移行を目指す社会的入院者への支援、
- iii グループホームにおける支援、iv 働くことへの支援、v アウトリーチ・訪問による支援、
- vi ピアサポーターとの協働、vii 医療機関との連携による危機的状況への支援、
- viii 雇用義務化に伴う企業への支援、ix 事業の運営管理、x 地域とのつながりを創る

今日、障害者総合支援法が、地域分野の専門職の業務に大きな影響を与えていることに間違いはない。同法における相談支援の充実強化は、サービス等利用計画作成における相談支援(計画相談)を推進し、その業務に従事する専門職には、利用者の生活ニーズに応じた諸サービスをマネジメントしコーディネートする機能が求められている。また、地域における協議会(自立支援協議会等)では、事業所を超えた地域生活支援ネットワークの構築が目指されており、協議会にかかわり、精神障害者の地域移行の促進、および地域生活支援に向けて行政や医療機関等との積極的な協働が地域にとっても重要である。精神障害者の地域生活支援においては、関係機関との連携が欠かせない。地域生活において病状が悪化したときは、医療機関との連携を図り、クライアントが必要とする医療サービスと適切な支援を保障する。また、障害福祉サー

ビスの実施主体である市町村との連携協働は必須である。

一方、地域分野では、精神障害者に対する相談支援、地域移行支援・地域定着支援、就労支援、居住支援などを中心としつつ、多様なメンタルヘルスの課題にも対応している。ジレンマとなるのは、精神保健福祉にかかわる問題が複合的に絡む地域での支援においてであり、業務は多様化し、求められる専門性も広がりを見せている点にあるといえよう。また、障害者総合支援法においては、相談支援専門員やサービス管理責任者などの職が位置づけられる一方、精神保健福祉士の配置は義務づけられていない。精神保健福祉士はそれらの職において、精神保健福祉士の価値・理念・視点に裏打ちされた業務を遂行することが求められている。

③ 行政分野における精神保健福祉士の役割と業務

本業務指針では、行政分野の業務として次のものがあげられている。

《行政分野例》

- i ひきこもり相談における家族への支援、ii 住民からの苦情を受けた危機介入、
- iii 警察官通報の受理にかかる対応、iv ケアマネジャーからのケース相談、
- v 相談支援専門員に対する研修の企画・開催、
- vi 地域における協議会の機能強化に向けた取り組み、
- vii 障害福祉計画策定における当事者のニーズ調査、viii 若者の自殺予防への取り組み、
- ix 災害対策を通じた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築、
- x 精神科病院における実地指導の適正化への取り組み 等

行政分野における大きな役割とは、公的機関としての業務の遂行であり、そのひとつが、住民のメンタルヘルスの向上である。上記のように業務の範囲は幅広く、保健医療福祉の行政計画（「医療計画」「障害者計画」「障害福祉計画」など）策定と運営管理、関連協議会や連絡会の開催〔（自立支援）協議会や地域精神保健福祉連絡協議会など〕、メンタルヘルスに関する普及啓発、関連業務担当者に対する研修の実施、組織（当事者会等）の育成、通院や入院に関する事務、精神障害者保健福祉手帳に関すること、相談支援や実態把握のための調査研究と、それぞれの根拠となる法律に基づき機関が設置されている。

さらには新たに成立・施行される法律への対応など地域の実情に合わせたさまざまな行政サービスなどが求められている。そのすべての業務について、精神保健福祉士に特化して求められるというよりは、公的機関としての確実な専門性が必要とされ、さらに障害全般に関連する業務では精神障害以外の障害の特性を理解したうえで精神障害について意見を述べていく必要がある。また、精神障害に特化した相談支援では、行政・医療・地域・当事者・家族などの関係者の状況把握や、コーディネーターとしての役割などが期待されている。これらの業務を行う際に「大切にしていること」を本業務指針では、「精神保健福祉士としての倫理や価値を

実践の根底におき、それらを施策に反映させる取り組みをすること」と記述がされている。

では、ここで発生するジレンマとは何なのであろうか。精神保健福祉士としてのなのか、あるいは行政機関の職員としての部分が大きいのか、厳密に区別することは容易ではないが、行政機関がかかわる業務では、「当事者の非自発的な入院や地域での障害福祉サービス支給量の決定などにおいて、本人の意思や希望のすべてを尊重できない現実がある」ことなのではないか。当事者に対する必要かつ最善の行政サービスを提供するには、当事者がおかれている全体的な状況を的確にアセスメントすること、意思や希望を的確に聞き取ること、法律の理念や趣旨を正しく理解したうえで業務を遂行すること、当事者の権利侵害にならないよう留意することが必要である。それでも行政決定はその人の生活の変更を余儀なくする側面もある。

であるからこそ、当事者の立場を意識した施策を立案していこうとする姿勢が欠かせない。専門職本人ではなく、業務が人権を侵害する可能性があることを自覚し、業務に当たらなければならぬ。ほかの分野と同様、多くの関係機関、他職種、一般行政職、当事者との連携が前提となる。また、精神保健福祉士の価値、理念、知識、調整力が必要であり、重視されるものである。地域の相談支援機能の基盤強化も行政機関における精神保健福祉士の重要な責務のひとつである。行政機関は住民が相談先として最初に出向く場であることが多い一方、諸々の申請手続きが煩雑でわかりにくいという課題もある。行政の窓口対応を含めた直接支援において、正確でわかりやすい情報提供を行い、人々の安心と適切な資源へのアクセスを保障できる質の向上が求められる。

また、最近は相談業務の委託が増えてきており、委託先である民間の事業所が、地域の関連機関との連携のもとで、より質の高い相談支援が可能となるよう、環境の整備に取り組むことも不可欠である。さらに、相談支援の充実に向けて、実践フィールドである地域の現状を知ることが重要である。当事者が生活している地域の文化や社会資源などを把握しておかなければ、当事者の全体的な理解が困難となる。相談支援の際にこれらの理解をもとにした情報提供ができなければ、当事者や家族に不利益をもたらすことになりかねない。このように行政分野では、幅広く医療や地域、その他の施策にかかわることから、当事者や家族が、将来にわたり安心して生活できる場をつくることを可能にするためにも、専門的力量と実践力が求められるのである。

(3) 業務における公共的役割と専門知

このように行政機関職員は、法制度を含むさまざまなしくみに最も近い存在であり、業務は直接的に住民のくらしに関与することになる。精神保健福祉行政に関する専門性と、専門職倫理をもち合わせた人材としてクライアントが安心かつ主体的に生活することができる地域をつくり上げるしくみを想起し、実現することが求められている。これは公的機関だけではなく、医療、地域の専門職も同様である。先述の分野ごとの業務でもふれたように、地域のネットワー

クを構築し、地域の関係機関や支援者をつなぎ合わせることや、支援を担う人材を育成する役割は、所属の如何にかかわらず公共性の点から重要である。つまり、行政職をはじめとし、専門職に求められる資質として、ミクロ・メゾ・マクロの視点を横断的にみる視点と、地域全体をマネジメントする力が重要となる。2020（令和2）年6月の改正社会福祉法への参議院附帯決議により、市町村において重層的支援体制整備事業を実施するにあたり、「社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」が明記された。繰り返しになるが、専門職があらゆる生活課題に取り組み、人々やさまざまな構造にはたらきかけることが、よりいっそう精神保健福祉領域において求められている。

さらに、専門職の業務は、社会からの期待に応えることと同時に、専門性をいかに発揮するかということともかかわってくる。専門職の知とも言い換えることが可能で、職種の違いを超え、当然ながら実践の分野領域に影響をあたえるものである。本章では精神保健福祉士の業務を取り上げたが、実践の場として公共性をいかに担保していくか、行政サービスの実際の体系とかかわる議論と知見が必要である。一例として公衆衛生の第一線機関として保健所がある。これまで地方分権推進のなか、地域保健法において都道府県、政令市、中核市と自治体規模に応じヘルスプロモーションの実践がすすめられてきた。地域保健法では、住民に対する基本的な対人保健サービスは市町村レベルに、さらに保健所も中核市レベルに移されてきている現状を前に、現場での知をどのようにすすめていくか。公衆衛生行政の立場から、高鳥毛（2011）は、日本の自治体レベルの「現場知」と「専門知」の間に乖離が生じていることを指摘し、イギリスでは、人々に対する健康のガバナンス組織として「自治体」（Local Authority）を位置づけ、その自治体に「公衆衛生専門職」（Medical Officer of Health）を位置づけることによって整ってきたことを紹介している。つまり日本の方向性としては、人々が生活している場に近い自治体と地域の組織・団体が「現場知」を担い、自治体の専門職が「専門知」を担うことで、地域の健康問題解決のために機能を発揮できるようにしていくことが必要である（高鳥毛2011）。坂下（2017）は看護学の立場から、健康問題に苦悩するあらゆる人々や集団に寄り添い展開されている看護実践の質として専門知を整理している。現場を担う複数の専門職は、その業務に違いがあるだけではなく、基盤となる学問分野、教育システム、専門職としてのそれぞれの価値をもとに、相互作用により実践知として機能し、公共性の領域が拡大することが期待されるのである。

3 社会的要請における臨床倫理

ここでは、当事者本人について、生活状況について、専門職はどのように本人に確認をおこない、そして暮らしの中の困難さを伝えることができるかということを取りあげる。それには専門職による本人の描写と状況の記述が必要になってくる。そのうえで協働を前提とする臨床

場面が構成されことになる。

(1) 時代のなかの精神障害

精神疾患や精神障害のある人の暮らしは、歴史的に見れば、その人自身の思いによって自由に作り替えられるといったものではなく、多くの制限や不自由さの中にあった。そうした人々の暮らしはこれまで少なくとも二度、大きな変化を経験してきた。岡村(2020)の整理によると、第一の変化は、暮らしをそれぞれの個別的条件に委ねていた長い放置の時間を経て、新しい生活原理が登場する近代社会の成立によってもたらされる。多くを時代の生産力、自然の制約と交流の中で過ごした中世以前と違い、経済的發展による工場と都市の成立などにみる近代社会の登場は、「市場経済」の採用、暮らしの場所や仕事の選択の原理的な自由、そして競争と結果責任による生活の私事化によって、それまでには考えられない富の増大と配分を可能にもしてきた。しかし、その過程でこうした変容と機会を十分自らの暮らしに取り込むことができない幾群の人々は、結果、中世に比すればごく当たり前に豊かであるべき地域における共同的生活を確保することができなかった。社会的排除の対象として、地域社会という「外」から、例えばアーヴィング・ゴッフマンによって全制的施設と称されるアサイラムのような「内」としての社会的施設に移動させられたのである。そこは「多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に、相当期間にわたって包括社会から、遮断されて、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所」であり、その典型的なものとして、刑務所や福祉施設などとともに精神病院が取り上げられる。18世紀になると「奇異な言動をしていると思われる人々」の医療機関への委託は社会的排除とともに急速に進んだ。いずれ被収容者は「患者」と呼ばれ、「医療専門職の養成や医学的記述」とともに、「物狂いの家」は精神病院と名称が改められ、「専門的サービス・モデルの医療版を施設の精神医学institutional psychiatryに適応」していくことになる、ゴッフマン(1984)はそう指摘した。こうした社会的方法に依存した施設主義を軸とするシステムが急速に姿を変えるのは、戦後、反ファシズム運動に端を発した1950年代の知的障害者分野での施設から地域ケアへの移行、いわゆるノーマライゼーションといった思想、運動、政策の国連を通した国際的な提言の広がりが作り出した精神科医療改革と脱施設化の承認による各国の「医療」や「福祉」などに関する関連法制度の変容によってである。

この第二の変化によって、単に脱施設化として精神病院という「内」から地域という「外」への移行を選択するだけでなく、施設としての精神病院の医療的検証を通して、地域における新たな精神科医療サービスの配置とそれを受け止める「場」としてコミュニティでの市民生活の新しい価値、規範の確立が求められることになる。ただ精神障害者の暮らしが「外」である地域に移行するだけでは、そこは施設としての精神科病院を必要としたもとの市民社会でしかない。しかし、1960年代の精神科医療改革を転機としたこうした新しい「暮らしの場とその質」への移行がみられるようになった。各国において、徐々にではあるが、新しい市民社会

の形成によって脱施設化は脱制度化の意味を持ち始めているともいえる。したがって、この作業は前期近代社会がとってきた経済発展という無限を標榜する牽引者の作り出す富の増大をもとにした市場経済への介入と社会保障を柱とした福祉国家という修正の限界に対する回答という意味で、時代を共有していることになる（岡村2020）。つまり現代社会が直面する地球的規模の多くの有限性に対応する後期近代社会で求められる、精神保健福祉領域を含む社会システムとはいかなるものか、そのなかで統合失調症、また症状をどうとらえていくのかという課題が、専門職の目前に時代の課題として差し出されていることになる。

同様に、欧州の地域精神保健ネットワークであるEUCOMS（2017）において、地域精神保健の意味や変遷を振り返り、第一の時代：専門家の支配と自主規制の時代から、第二の時代（現代）：エビデンスに基づく医療、アカウンタビリティ、市場理論の時代へ、第三の時代（将来）：尺度を用いた義務的評価の縮小、医療者の強い権限の放棄、礼儀正しい言動および当事者と支援者との協働を伴うモラルの時代へと移行することを説明している。次節では、欧州の地域精神保健サービスがとりあげているリカバリーと倫理について検討を行う。

（2）地域を基盤とする精神保健ケア原則：European Partnership for Delivering Quality

Community Mental Health Services

精神科臨床において近年パーソナル・リカバリーに着目することの重要性については既述のとおりである。しかしながら、精神科医療における本人不在の問題や強制介入の問題は、同意判断能力の有無に限定されるものではない。

EUCOMS（The European Community based Mental Health Service Providers）のコンセンサス・ペーパー⁽⁶⁾では、地域におけるすべての人のためのリカバリーとして、その可能性を最大限に高める権利を確実に行使できるよう紹介がされている。現代の地域精神保健の課題として、リカバリーの哲学を基盤とし、エビデンスおよび利用者の背景に基づく介入を推進し、多様な資源と広い地域ネットワークとの繋がりを追求することを以下のように示している。

《健康の概念》

静的状態としてではなく、生活・人生（life）における身体的・情緒的・社会的課題に対処する助けになるように、適応し自分自身のウェルビーイング（well-being）を自己管理する動的能力と定義している。重点となるのは、病（ill-health）よりはレジリエンスおよびウェルビーイングにあり、すべての関係者の保健医療および疾病予防に対する考え方の変換を喚起しようとするものであるとしている。

コンセンサス・ペーパーでは、地域精神保健ケアの6つの次元として、「倫理」「公衆衛生」「リカバリー」「介入の有効性」「地域ネットワーク」「ピアの専門知識」をあげている。ここでは倫理についての下記に概略をまとめる。

《倫理の視点に関する結論および推奨事項》

- 人権（最も制限の少ない環境でニーズに基づくケアを受ける権利、および、地域の一員として地域の暮らしに完全に参加する権利）を尊重すること。公民権、市民権、および、文化的・スピリチュアル・性的・政治的な自由を含む。
- 精神保健ケアを受ける権利を法的文書や政策文書で保障すること
精神の病を抱える人々の権利が実践の中で大切に守られるための不可欠な戦略である。
- 精神保健サービスの使命とビジョンは、生存・地域参加・教育・健康・雇用・住居・社会保障（social protection）の権利を定めた国連の「障害者権利条約（2008年）」を基盤とすることが推奨されている。
- 地域および入院での精神保健ケア環境にあるスタッフにリカバリーや権利についてトレーニングおよびコーチを行うこと
精神保健サービスを提供する中で起きる人権侵害を減らすための有用な一歩である。
- WHOのQuality Rights Toolkitは、精神保健サービスの質をアセスメントし、改善するためのトレーニングの枠組みを提供している。

倫理の視点は、倫理 (ethics)、エビデンス (evidence)、経験 (experience) の3Eの一つとして、数十年にわたりテーマであり続けていること。これまでの脱施設化のプロセスの経験は、精神保健サービスが人権を保護し、かつ侵害しないために存在しているという、倫理の視点によって裏打ちされることを説明している。

精神保健ケアにおいて、強制力は一般的に用いられながら賛否の分かれる問題であることと、多くの複雑な倫理的問題をはらんでいる。一方では、強制力は個人および社会を危害から守るために必要なツールであると見られている。他方では、強制力に好影響があるという科学的エビデンスはほとんどないとし、強制力が用いられると助けを求めなくなり、強制入院の経験はトラウマとなりうるという悪影響が知られていることを述べている。しかし、強制力の必要性について一部の患者を理解するためには必要であることを認め、この倫理的ジレンマについて、治療の権利（心理学的問題を持つ人々の満たされていないニーズおよび能力障害を考慮して精神保健ケアを行う権利）と治療を拒否する権利のはざまに葛藤の中にあると示している。

精神的健康と人権を積極的に推進することは、相互に補強し合うことになる。なぜならば、両方が合わさり、住民の全体的なウェルビーイングを実質的に高めるという理由からである。こうしたエビデンスと見解が出されているにもかかわらず、精神の病を抱える人々の公民・文化・経済・政治・社会的な権利の侵害が存在し続けていることを指摘している。

このコンセンサス・ペーパーでの結論では、先述の6つの次元をそれぞれ原則に言い換えており「倫理」は「人権」となる。

（3）臨床場面の記述・描写と状況の翻訳

ここまで、専門職をめぐる状況と課題を把握し、解決方法としての臨床倫理と協働が必要であることを検体してきた。それは、それぞれの専門性の獲得と発揮が社会全体にどのように寄与できるかということの問いでもあった。実践分野は多岐にわたるが、看護は「その場その場におけるケアするものとケアを受けるものの相互作用の積み重ね」であり、見て、聞いて、語り、語られ、身体に触れ、触れられるすべての感覚によって形作られる。「看護学という学問がもし成立するとしたら、このようなすべての感覚を持って作られる瞬間の積み重ねに命名し、何らかの意味を与えることに他ならない（萱嶋2000）」⁷⁾。一方坂下（2017）は、看護学の基本的な知のパターンとしてあげられることが多いempiric（実証的）、ethical（倫理的）、personal（個人的）、aesthetic（審美的）のなかで、倫理の知とは、「患者の権利を守る」といった善悪を判断し、人として守り行なうべき規範についての知としている。身体をとおして人を守る職業、日々の生活や人生を支える職業、いずれもLifeの側面である。

個々人の生活全般においては意識されずとも部分的であっても多機種連携による支援が行われることが多い。それら実際をつなぐ重要な役割となるのが記述・描写と記録であり、次なる判断の場がカンファレンスである。臨床倫理のコンサルテーション（clinical ethics consultation：CEC）が精神科領域の中でも関心がもたれており、医療機関での体制整備がなされている（瀧本2020）⁷⁾。社会福祉の倫理的専門知もまた、こうした第三者を含む領域外の人々の中で生かされることが当然必要である。一人の患者の意思決定に重きをおき、医療現場における人間関係、医師の裁量、医療者側の心理的問題、医療の不確実性、医療者の徳といった臨床現場の実情に視線を向けながら、特定の患者と医療者とのshared decision makingを進めるものと位置づけられる（齋藤他2019）。臨床の現場で、事例をめぐってさまざまなカンファレンスが実施されるが、決定事項に対し、周囲の人や社会に直接的、または間接的に影響を与えない決定はありえない。すべての決定は本人以外にも影響を与えるもので、自分のことであっても一人の責任でその結果のすべてを負うことなどできない。現代社会に生きる人間が、常にさまざまな程度に共決定を行い、責任を分け合っている（齋藤他2019）⁸⁾。このように臨床に携わる者が相互に決定や責任を担う行為を倫理的に確認する場としてその意義は大きい。

精神保健福祉システムは、クライアントの社会的な危機に際し、地域を基盤としつつ多職種の支援方法のひとつとして、医療の介入をスムーズに行うことが期待されるであろう。しかしその先の展開方法が共通して、入院に集約する以外、連携といつつ誰も描くことができないとするならば、地域社会のなかでのクライアントの危機の放棄と、医療への依存からいまだ脱局ができていないことになる。しかもできない主な理由に本人の状態や障害の程度、家族の依頼が度々あげられてきた。それらは歴史的に積み残してきた問題のひとつでもある。

例えばイタリアでの精神科医療の経験としてある当事者は、自身の治療をふりかえり、「抵

抗すること、服従しないことが自己を疎外せず、自分を認めることだと証明できた」と語る(ジョバンナ・デル・ジューディチェ2020)。当事者が拘束された経験や出来事について語りたくないのは、恥の感情と再び拘束されるのではないかという恐れからである。患者は治療を見捨てられるのが怖く黙りこみ、我慢する。そして患者には、怒りや失望を抱える治療者たちの姿がうつる(ジョバンナ2020)。

ほかにも例えば対象の違いはあるものの、精神科医療が抱える長年の問題でもある刑事事件を起こした精神障害のある加害者に対し、社会からの要請として精神科医療がどこまで再犯防止を含み、予後的判断と対応を引き受けなければならないのかという点とも重なっている。相模原事件や大阪教育大学付属池田小事件の加害者は、精神医療の対象なのかという疑問が拭い去れないまま、医療観察法や措置入院退院後のフォローアップなど、精神障害の人たちの管理システムが強化される方向で物事が動いていることへの不信感(伊藤2018)であると精神科医の発言にもあらわれている。これらの問題に対し治療者でも看護者でもない立場から、対象ならびに置かれている状況についての記述と社会的理解を求める発言を発していくこと。ここに社会福祉専門職としての倫理的行為が存在する。入谷(2019)は「illness(病態)、同様のcaseness(事例性)であってもcircumstances(体制)の違いによってその処遇は変わってゆく懸念がある。法のもとの平等を背景に、医療の標準化と同時に医療水準の均霑化は、精神科医療、とくに非自発入院において必要である。医療審査会なども含め十分な体制が提供されないと、結果として、患者・家族や医療者にとって、疾患に向き合う以外の部分にエネルギーが費やされてしまうことになる。一方で、体制が不十分であると、医療における個人の自己決定権が過剰に最優先され、過度な人権主義に傾き、『自らの疾病を、その疾病の結果として認識する能力を失った多くの患者から、治療を受ける権利を奪う』結果をもたらし、問題が大きくなってから治療が開始されることにもなりかねない」こう指摘する。

向谷知(2013)は「状況を翻訳する力」と名付け、今何が起きているかを見極め、それが意味することを明らかにし、前向きな手立てやビジョンを共有することが、支援者役割のひとつとしている。精神障害のある人たちが直面する生活上の困難を当事者本人の表現でとらえる。それが病気の始まりであっても、途中でであっても、そこにある本人の苦悩とニーズが、症状の苦労であったり、しんどさであったり、自分への絶望であったり、それら事実として受け止められ、そしてそこに立ち会う誰かがいるか、しんどさの中、クライアント自身が自分のことを伝えようと思う場面があるか。臨床場面での専門職の役割とは、良い支援者になり、当事者の困難が軽減することではあるが、精神疾患の症状が治まってもつらい、病気を手放せないといった苦悩のなかにいる当事者も少なからず存在する。小林(2013)は、生きる苦労との向き合い方、「病気の苦労」から「現実の苦労」への支援、「苦労を奪わない」支援を北海道浦河の「べてるの家」では大切にしてきたと述べている。簡単なことではないが、精神障害者の生きる苦労を障害者の問題に限定することや、個人の問題と矮小化せずに、ひとりの市民の切実なニ-

ズを地域の中でどのように見出すか、社会化していくかを臨床の場において多職種により実践していくことが、あらためて共通の臨床の知として必要とされているのである。

おわりに

複雑化、重層化する社会問題、そのなかで顕在化されにくい個々の生活上の困難に対し、専門職には、当事者、市民を含む多様な人々の登場を前提とする協働の場面をつくりだすことが方法として求められている。しかし、現実には、援助の始まりからその後のプロセスにおいて、実際は複数の専門職がかかわることになり、どの部分を担っているのかを意識せずとも、制度で規定されたサービスに急ぎつなぐことが求められているのである。

これまで検討してきたように、専門職の仕事は、多職種連携のもと細分化、分節化される一方、利用者への必要な情報提供や手続き上の説明が欠かせないことに加え、苦情や異議申し立てを受けつけるなど倫理的責任が常に問われている。そうした広く権利に対する配慮が、専門職のありようをつくりだしていること、さらには専門職の所属する組織、団体がシステムとして機能することが求められている現状を確認した。同時に、現在主要施策である精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と推進において、精神科医療と地域コミュニティとのジレンマや倫理上の問題があり、そのためにも複数専門職からの協働的アプローチが求められる。当事者が自身の人生において回復すべき権利とは何かを見据えての議論が行われること、そしてその延長線上に、それぞれ専門職の臨床的役割が位置付けられることになる。

EUCOMSでは、リカバリーの哲学の帰結として、精神の病を抱える人々は精神保健サービスを創造するパートナーであることを強調している。今後、クライアントの経験を含む「当事者の専門性」とともに、実践の基盤となる地域の協働、生活を支える「哲学の構築」が、一層求められるであろう。

〔注〕

- (1) 行政による個人情報保護の目的は、行政保護法（1条）に規定されているように「行政の適正かつ円滑な運営」を前提として、「個人の権利利益を保護すること」にある。この点は、各地方公共団体の保護条例も同様の状況にある。適用対象となる機関は行政保護法では内閣府、各省、各庁、各委員会といった国の「行政機関」（及びその「長」）であり（2条1項）、保護条例では都道府県知事、市町村長、教育委員会、その他の執行機関等が「実施機関」とされる。

自己情報コントロール権の保障としては「個人情報」の内容としては、通常個人を識別する際に用いられる氏名、住所、生年月日、性別といった基本情報以外に、電話番号、役職名、個人別に付された番号等の情報、あるいは、個人の思想、信条、信仰、出自、学歴、職歴、家族状況、財産状況や健康状況などのセンシティブ（sensitive）情報（要注意情報）やプライバシー情報が挙げられる。

- (2) 本件は、原告が（旧）A県個人情報保護条例に基づき、県知事に対し、自らの措置入院に関する一切の資料（措置入院に関する精神保健指定医の診察内容や、県A保健所の職員が関係者から得た聴取結

果等)について開示請求をしたところ、個人(第三者)の正当な利益を害するおそれ(旧15条2号・新第14条3号)、業務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれ(旧15条4号・新第14条7号)を理由として一部非開示とする決定を受けたことから、その取消訴訟及び義務づけ訴訟が提起された事案である。判例時報1587号53頁・判例タイムズ938号100頁

- (3) 個人情報保護法の第三者提供とは、単に情報を第三者に提供することを意味する(柑本2018)
- (4) 厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」(主任研究者=浅井邦彦)の分担研究として「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」が2001年度から3年間、精神障害者、家族、自治体精神保健福祉担当者、保健所長、地域の精神保健福祉士、報道機関、精神医療審査会委員等に、精神科医療情報の公開のあり方に関するアンケート調査の実施、ならびに精神科医療機関情報の公開に先進的に取り組んでいる市民団体等の活動状況の調査報告書である。精神科医療機関の情報公開を進めることの重要性は多くの関係者が一致しているが、今後の情報公開のあり方、進め方については立場によって意見が異なり実際に医療機関による自主的公開、自治体による情報提供、市民団体等による情報公開活動も進展しておらず、精神科医療の透明度が未だ十分ではなかったとまとめられている。その他には、法律や条令の整備、行政が持つ医療機関情報の公開、医療機関の意識変革と自主的公開、第三者による医療機能評価の普及、市民による情報公開活動の発展など、多角的な取り組みが必要であると提言がなされている。
- (5) 本章の業務の流れについては、日本精神保健福祉士協会「精神保健福祉士業務指針第3版」(2020)を参照した。
- (6) EUCOMS(The European Community based Mental Health Service Providers)のコンセンサス・ペーパーとは、欧州を中心に17カ国の参加により、すべての人のリカバリーのために質の高い地域精神保健サービスを提供して国の政策に反映することを目的とした合意文書である。欧州地域精神保健サービス提供者ネットワーク(EUCOMS Network)の作成である。

欧州諸国の医療制度は様々であり、ケアの実践およびサービスの組織も多様であり、異なる背景(contexts)のもとで精神の健康に問題を持つ人々のための地域を基盤とするサービスを効果的に実施することを支援する明確な基準が必要である。こうした考えに立ち、コンセンサス文書は、地域精神保健ケアの基本原則と鍵となる構成要素についてまとめられている。地域精神保健ケアの範囲(dimension)とそれを実現するための基準(criteria)は、科学的エビデンス、優れた実践、専門家・サービス利用者および近親者によるネットワークで議論された専門的見解、それに加えて、スカンジナビア、イギリス諸島、西欧、南欧、中欧、東欧において地域精神保健ケアの分野における広範な知識と経験を総合したものと説明がなされている。
- (7) 瀧本(2020)は、CECについて「患者・家族・代託者・医療者もしくはその他関係者の中で生じた価値問題に関する不安や対立を解消するのを支援するために個人もしくはグループにより提供されるサービス」とアメリカ生命倫理学会の定義を紹介している。

研究倫理以外の臨床倫理を扱う臨床倫理委員会や病院倫理委員会などが、各機関で設置されてきた背景には、臨床倫理の概念の広がりがあることはもちろん、治療を受ける側の意思決定支能力や意思決定プロセスとも関連がある。精神疾患の有無やそのケアの必要性にかかわらず治療選択の意思そのものを評価するという要請は、従来の精神科臨床の枠を超えた今日の問題であり「クライアントの依頼に応じ、臨床現場における問題・ジレンマに対して、医学的見解からのみならず、倫理的観点から検討し、実効性のある助言を行う倫理支援サービス」として位置づけられる(西村2020、瀧本2020)。

- (8) 都立松沢病院内では「治療上、処遇上の意思決定に悩んだとき、病棟スタッフのみならず、社会復帰支援室、必要に応じて弁護士等々のさまざまな職種が参加して治療の方針を探ってきた。しかしながら、そうした多職種チームで当たってもなかなか決定に至れない事態というものもある。たとえば、決定の影響が大きすぎて現場のスタッフの不安が強い時、外部機関の反対が強い場合失敗した場合のトラブルが予想される時本当にどうすればよいのかわからない時などである。当院では、最近こうし

た事態に臨機応変に対応するために臨床倫理検討会を設置した」と説明がなされている。研究倫理に関する申請を審査する倫理委員会があるが、臨床倫理検討会が、従来の倫理委員会と異なるのは、この検討会が病院の方針を決定する機関ではなく現場のチームと一緒に考えそれぞれ別の立場から意見を集めるための会議ということである。決定のイニシアチブはあくまでも現場のチームにあるとしている（齋藤他2019）。

〔文献〕

- イアン・ファergusン著、石倉康次・市井吉興監訳『ソーシャルワークの復権：新自由主義への挑戦と社会正義の確立』クリエイツかもがわ（2012）
- 伊藤順一郎、松本俊彦「リカバリーをめぐって——これから精神科医療と地域精神保健福祉はどうあるべきか」精神保健研究第64号 P5-14（2018）
- 入谷修司「精神科非自発入院におけるIllness, Caseness, Circumstances」精神神経学雑誌120:647-655（2018）
- 浮ヶ谷幸代『ケアと共同性の人類学』生活書院（2009）
- EUROPEAN PARTNERSHIP FOR DELIVERING QUALITY COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES <https://eucoms.net/consensus-paper/>（2020.10.31閲覧）
- 岡村正幸「内と外、排除の論理を超えて」岡村正幸編『精神保健福祉システムの再構築非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房（2020）
- 緒方由紀「法制度と本人不在」岡村正幸編『精神保健福祉システムの再構築非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房（2020）
- 河本次生他「23条通報の実態からみる対象者の支援課題の解決に向けて全国受理機関調査から」保健師ジャーナル76巻4号（2020）P304-310
- 萱間真美「臨床の知・受動の知と精神科看護」精神看護第3巻6号 医学書院P66-70（2000）
- 柑本美和「精神医療と個人情報保護法」学術の動向12巻12号（2007）
- https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits1996/12/12/12_12_48/_article/-char/ja/（2020.9.30閲覧）
- 柑本美和「個人情報保護法と精神科医療」臨床精神医学Vol.47（1），p.39-44（2018）
- 個人情報保護委員会、厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日）
- 厚生労働省「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>（2020.10.31閲覧）
- 厚生労働行政推進調査事業障害者政策総合研究事業（精神障害分野）平成31年「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究精神障害者の権利擁護に関する研究」
- ゴッフマン、E著石黒毅訳『アサイラム』誠信書房（1984）
- 古藤吾郎「構造的スティグマがもたらす通報—薬物使用者の権利擁護の立場から—」精神神経学雑誌122：616-622（2020）
- 齋藤正彦、井藤佳恵、庄司瑛武、馬宮理恵、樫山鉄矢「日常的な意思決定支援東京都立松沢病院臨床倫理検討会の設置とその役割」老年精神医学雑誌 第30巻第7号（2019）P805-814
- 坂下玲子「看護の知」看護研究Vol. 50 No.1（2017）P74-81
- サラ・バンクス著 石倉康次他監訳『ソーシャルワークの倫理と価値』法律文化社（2016）
- ジョバンナ・デル・ジューディチェ著、岡村正幸監訳『いますぐ彼を解きなさい：イタリアにおける非拘束社会への試み』ミネルヴァ書房2020
- 瀧本禎之「臨床倫理コンサルテーションとは」精神科治療学35号3巻 P231-236（2020）
- 高島毛敏雄「公衆衛生の現場知と専門知」公衆衛生vol. 75 No.9 p662-667（2011）
- 塚本哲司「地域包括ケアを含む第7次医療計画と精神科救急—精神科プレ・ホスピタルケアから考える—」精神科救急第22巻29（2019）P29-32

- 中島 直「精神科医療における個人情報保護」精神科治療学Vol.31 (10), p.1257-1262 (2016)
- 成瀬暢也「薬物依存症臨床における守秘義務の重要性」精神神経学雑誌122: 594-601 (2020)
- 西村勝治「医療における臨床倫理コンサルテーション」精神科治療学Vol.35 (3) P229 (2020)
- 日本精神保健福祉士協会「精神保健福祉士業務指針第3版」(2020)
- H. M. パートレット, 小松源助監訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房 (2009)
- 服部健司「臨床倫理委員会や倫理コンサルタントとは別の仕方—moral case deliberationの可能性—」生命倫理Vol.27 No.1 (2017) P17-25
- 藤井千代「統合失調症のリハビリを支える精神保健医療福祉政策を考える」精神保健研究第64号P15-20 (2018)
- 藤井美和「社会福祉における価値—いのちの視点から—」人間福祉学研究第11巻第1号 (2018)
- 松長麻美, 藤井千代「治療同意判断能力と意思決定支援 医療倫理の観点から」精神医学62巻第10号 (2020) P1311~1318
- 箕岡真子「『臨床倫理』へのいざない」老年看護学23巻2号 (2019) P28-33
- 向谷地生良, 小林茂編『コミュニティ支援, べてる式』金剛出版 (2013)
- リチャード・ワーナー著, 西野直樹, 中井久夫監訳『統合失調症からの回復』岩崎学術出版社 (2005)

〔付記〕

本研究は, JSPS KAKENH 18K02133「次社会における精神保健医療福祉システムの構築～市民社会とまちなかケアの提案～」の成果の一部である。

(おがた ゆき 社会福祉学科)

2020年11月16日受理